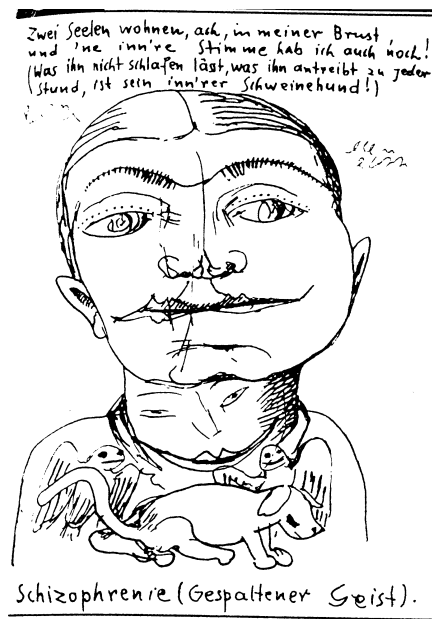


ABSCHLUSSPRÜFUNG
ZUR
PSYCHOLOGISCHEN BERATERIN
AN DEN
DEUTSCHEN PARACELSUS SCHULEN

Thema:

Unterstützende Beratungsarbeit bei
psychiatrischen Krankheitsbildern



Vorgelegt von: Anja Beate Schmidt
Hohe-Kreuz-Straße 45
96049 Bamberg
geboren am 12.01.1967

Studienleitung: Gregor Siemer, Nürnberg

Bamberg, den 23.11.2003

Inhaltsverzeichnis:

1. EINLEITUNG	3
1.1 HISTORISCHES.....	3
1.2 DEFINITIONEN.....	3
1.2.1 <i>Psychiatrie</i>	3
1.2.2 <i>Psychotherapie</i>	3
1.2.3 <i>Beratung</i>	4
1.3 VORBEMERKUNG	4
1.3.1 <i>Psychotherapeutische Behandlungskonzepte</i>	4
2. FALL	5
2.1 DIAGNOSE – GENERELLE AUSGANGSPUNKTE	5
2.1.1 <i>Krankheitsbild</i>	5
2.1.2 <i>ICD 10 (Internationale Klassifikation psychischer Störungen)</i>	5
2.1.3 <i>DSM-IV (Diagnostisches Manual Psychischer Störungen)</i>	5
2.1.4 <i>Definition</i>	5
2.1.5 <i>Historisches</i>	6
2.1.6 <i>Epidemiologie</i>	7
2.1.7 <i>Ätiologie</i>	7
2.1.8 <i>Symptome</i>	7
2.1.9 <i>Diagnostik</i>	9
2.1.10 <i>Unterformen schizophrener Psychosen</i>	9
2.1.11 <i>Verlauf</i>	10
2.1.12 <i>Prognose</i>	10
2.1.13 <i>Was ich als Psychologische Beraterin beachten muss</i>	10
2.1.14 <i>Abgrenzung und Differentialdiagnose</i>	10
2.1.15 <i>Therapiemöglichkeiten</i>	11
3. FALLBEARBEITUNG MIT BEVORZUGTER THERAPIEFORM	11
4. SCHLUSSWORT	16
5. LITERATURVERZEICHNIS	17

1. Einleitung

1.1 Historisches

Der Begriff „Psychiatrie“ (griech. *psyche* = Seele, *iatros* = Arzt) wurde durch Johann Christian Reil (1759 – 1813) geprägt. Ansätze zu einer ärztlichen Seelenheilkunde gab es bereits im griechisch-römischen Altertum. Die Psychiatrie im heutigen Sinne entwickelte sich erst in den letzten 200 Jahren. Zentrale Gestalt der Psychiatrie des 20. Jahrhunderts war Emil Kraepelin (1856 – 1926). Entscheidend waren die Beobachtung des Gesamtverlaufs, die Unterscheidung von exogenen und endogenen Psychosen sowie die Erstbeschreibung der „dementia praecox“ als eine früh auftretende Form der Schizophrenie (ausführlicher siehe 2.1.5 Historisches u.). Das bedeutete eine Abgrenzung des bald darauf von Eugen Bleuler (1857 – 1939) so bezeichneten Formenkreises von den manisch-depressiven Erkrankungen. Es folgten mit Karl Jaspers (1883 – 1969) und Kurt Schneider (1887 – 1967) weitere bedeutende Vertreter der Phänomenologischen Psychiatrie mit Systematisierung der Psychopathologie.

Anfang des 20. Jahrhundert wurde auch die Psychoanalyse durch Sigmund Freud (1856 – 1839) begründet. Seine Mitarbeiter und Schüler waren u. a. Bleuler, Adler (1870 – 1937) und Jung (1875 – 1961). Es begann die Entwicklung der orthodoxen Psychoanalyse und im Laufe der Jahrzehnte zahlreicher weiterer analytisch ausgerichteter Psychotherapiemethoden.

Iwan Petrowitsch Pawlow (1849 – 1936) entwickelte mit seiner Lehre von den konditionierten Reflexen verschiedene Lern- und Verhaltenstheorien und später die Verhaltenstherapie, die zunehmend Bedeutung erlangte.

1952 leitete die Entwicklung von Psychopharmaka eine Revolution in der Behandlung psychisch Kranker ein. Heute wird die bedarfsgerechte, gemeindenaher, mit der somatischen Medizin gleichgestellte Psychiatrie gefordert. Seitdem entstanden viele neue Impulse und Reformschritte.

1.2 Definitionen

1.2.1 Psychiatrie

Psychiatrie, ein Gebiet der Medizin, befasst sich mit der Diagnostik, Therapie und Prävention der seelischen Krankheiten des Menschen einschließlich deren Erforschung und Lehre. Weil bei seelischen Krankheiten auch körperliche Störungen auftreten und weil psychische und soziale sowie somatische Bedingungen an der Entstehung beteiligt sind, muss Psychiatrie (klinisch und wissenschaftlich) sowohl psychologische als auch biologische Vorgehensweisen pflegen.

1.2.2 Psychotherapie

Psychotherapie ist ein bewusster und geplanter interaktioneller Prozess zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die in einem Konsensus (möglichst zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden, mit psychologischen Mitteln (durch Kommunikation) meist verbal aber auch averbal, in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel (Symptomminimalisierung und/oder Strukturänderung der Persönlichkeit) mittels lehrbarer Techniken auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens.

1.2.3 Beratung

Beratung ist in ihrem Kern jene Form einer interventiven und präventiven helfenden Beziehung, in der ein Berater mittels sprachlicher Kommunikation und auf der Grundlage anregender und stützender Methoden innerhalb eines vergleichbaren kurzen Zeitraumes versucht, bei einem desorientierten, inadäquat belasteten oder entlasteten Klienten einen auf kognitiv-emotionaler Einsicht fundierten aktiven Lernprozess in Gang zu bringen, in dessen Verlauf seine Selbsthilfebereitschaft, seine Selbststeuerungsfähigkeit und seine Handlungskompetenz verbessert werden können.

1.3 Vorbemerkung

Durch die Fortschritte in der Pharmakotherapie und Sozialtherapien der affektiven und schizophrenen Psychosen in den letzten Jahrzehnten war es eine Zeit lang sehr ruhig um die Psychotherapie der Psychosen geworden. Jedoch gibt es mehrere Gründe, weshalb die psychotherapeutischen Behandlungsansätze bei Psychosen wieder verstärkt in den Vordergrund des klinischen Interesses rücken. Einerseits hat die biologische Psychiatrie durch die Konzentration auf psychopharmakologische Therapiekonzepte die Einbeziehung von psychodynamischen und interpersonellen Faktoren vernachlässigt. Auch haben die in der biologisch orientierten Psychiatrie gängigen phänomenologisch orientierten, kategorialen Klassifikationssysteme die dynamisch-strukturelle Persönlichkeitsentwicklung, die Beziehungsstörung und die Konflikte der Patienten, die im Kontext der Symptomatik wirksam sind, zu wenig berücksichtigt. Die jüngst sich abzeichnende Unzufriedenheit der amerikanischen Psychiatrie mit einer vorwiegend phänomenologisch biologisch bestimmten Sichtweise und die erneute Hinwendung zu einer psychodynamischen Psychiatrie und Psychotherapie scheint sich vor diesem Hintergrund entwickelt zu haben.

Andererseits ist zu betonen, dass sich das Fachgebiet der Psychotherapie in den letzten Jahrzehnten stark weiterentwickelt hat. Durch Modifikationen der psychoanalytischen und psychodynamischen Therapien sowie eine deutlichere Störungsorientierung in der Anwendung bei Patienten mit schweren Störungen sind jetzt Therapieerfolge zu erreichen, die vielen Psychotherapeuten Mut machen, sich auch auf eine Behandlung schwer gestörter Patienten einzulassen.

Dabei kommt es natürlich darauf an, die mittlerweile vorliegenden differenzierten Therapieangebote mit ihren spezifischen Indikationen zu betrachten und auch die komplizierten Wechselbeziehungen zwischen psychotherapeutischen und psychopharmakologischen Wirkungen zu untersuchen. Um den erheblichen seelischen Beeinträchtigungen der Patienten annähernd gerecht zu werden, ist die schulenübergreifende Anwendung psychotherapeutischer wie auch psychosozialer Vorgehensweisen ratsam.

1.3.1 Psychotherapeutische Behandlungskonzepte

Zu den wichtigsten und wissenschaftlich am besten untersuchten psychotherapeutischen Behandlungskonzepten für Psychosen sowie den ihnen zugrunde liegenden theoretischen Modellen zählen:

- die kognitiv-verhaltenstherapeutische Methode
- die psychoanalytische Therapie
- der systematisch-familientherapeutische Ansatz

Selbstverständlich haben auch u. a. die folgenden Therapieformen Eingang in die Anwendung ambulanter und stationärer Behandlungen gefunden:

- Gestalttherapie
- Psychodrama
- Klientenzentrierte Psychotherapie
- Transaktionsanalyse

Jede Psychose bedingt Auswirkungen und Beeinträchtigungen, die durch Psychotherapie positiv beeinflusst werden können. Ein psychotischer Patient kann, wenn er dazu motiviert ist, von einer auf seine Bedürfnisse abgestimmten psychotherapeutischen Behandlung profitieren. Unser Ziel muss eine erleichternde Behandlung der psychotischen Patienten sein.

2. Fall

Herr A. ist ein 40jähriger Mann, der 10 Jahre jünger aussieht. Er wird von seiner Mutter zum wiederholten Male in die Klinik gebracht, weil sie Angst vor ihm habe. Er ist mit einem zerlumpten Mantel, Hausschuhen und einer Baseballmütze bekleidet. Er schimpft über seine Mutter: „Sie füttert mich mit Scheiße!“ Dann kichert er wieder unterwürfig. Seine Sprache und seine Manieren wirken sehr kindlich. Er geht affektiert mit übertriebenen Bewegungen der Hüfte. Seine Mutter berichtet, dass er vor einem Monat aufgehört hat, seine Medizin zu nehmen. Seither habe er wieder angefangen, Stimmen zu hören, bizarrer auszusehen und entsprechend zu handeln. Er gibt an, in Verbindung mit höheren Wesen zu stehen, die ihm sagen würden, was er tun soll. Auf die Frage, was er in letzter Zeit gemacht habe, antwortet er: „Drähte essen und Beleuchtung messen.“ Sein spontaner Redefluss ist häufig inkohärent und durch Klangassoziationen gekennzeichnet.

Erstmals kam Herr A. in die Klinik, als er mit 16 die Schule verließ. Seither ist er nicht mehr in der Lage, sich beruflich zu orientieren. Er lebt bei seiner alten Mutter, verschwindet aber manchmal für ein paar Monate, bis er schließlich von der Polizei aufgegriffen wird. In der Vorgeschichte gibt es keinen Hinweis auf einen Missbrauch von Drogen oder Alkohol. Jetzt weigert er sich aber vehement, wieder in die Klinik zu gehen. Höchstens zu gelegentlichen Gesprächen mit einem Sozialarbeiter sei er bereit. Er sei doch nicht verrückt.

2.1 Diagnose – generelle Ausgangspunkte

2.1.1 Krankheitsbild

Die Mehrheit der Symptome erscheinen typisch für eine Schizophrenie.

2.1.2 ICD 10 (Internationale Klassifikation psychischer Störungen)

Hebephrene Schizophrenie episodisch mit stabilem Residuum F20.12 (ausführlicher siehe 2.1.9 Diagnostik u.).

2.1.3 DSM-IV (Diagnostisches Manual Psychischer Störungen)

Schizophrenie – Desorganisierter Typus (295.10)

2.1.4 Definition

Die Schizophrenie zählt zu den „endogenen Psychosen“. Sie sind durch psychopathologisch beschreibbare Auffälligkeiten des Denkens, der Wahrnehmung und der Affektivität gekennzeichnet und können in unterschiedlichen syndromatischen Erscheinungsformen auftreten. Schizophrene Psychosen betreffen die gesamte Persönlichkeit. Die andere Form der endogenen Psychosen sind die „affektiven Psychosen“, die „Zyklothymie, endogene Depression und die Manie“. Der Begriff „endogen“ soll in diesem Zusammenhang zum Ausdruck bringen, dass es bis heute kein sicheres Wissen über die Ätiologie dieser beiden Psychosenformen gibt. Ursache und Entstehung sind bisher ungeklärt, wahrscheinlich wirken zahlreiche genetische und nicht genetische Faktoren zusammen.

2.1.5 Historisches

Emil Kraepelin erstellte in der Ausgabe seines berühmten psychiatrischen Lehrbuches 1896 erstmals eine systematische Klassifikation psychiatrischer Erkrankungen. Er verwendete dabei den Begriff „dementia praecox“ für ein Syndrom, welches sich aus solchen Symptomen wie Halluzinationen, Wahn, inadäquaten emotionalen Reaktionen, stereotypem motorischem Verhalten und gestörter Aufmerksamkeit zusammensetzte. „Dementia praecox“ war eine von zwei Hauptgruppen „endogener Psychosen“, die andere grenzte Kraepelin als „manisch depressives Irresein“ ab. „Dementia praecox“ ist bei ihm gekennzeichnet durch einen frühen Beginn und führt unausweichlich zur Verblödung. Sie sei auf irgendeine noch unbekannte Stoffwechselstörung zurückzuführen, vermutlich auf eine Störung der Geschlechtsdrüsen, welche ein chemisches Ungleichgewicht erzeugen würden und dadurch Rückwirkungen auf das Nervensystem hätten.

Man muss Kraepelin zugute halten, dass er, ausgestattet mit einer hervorragenden Beobachtungsgabe und einer besonderen Fähigkeit, seine Beobachtungen zu systematisieren, als erster dieses Krankheitsbild in seiner reichhaltigen Symptomatologie in seiner Geschichte beschrieben hat.

Der Begriff „Schizophrenie“ wurde von Eugen Bleuler eingeführt. Bleuler veröffentlichte 1911 eine Monographie mit dem Titel „Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien“. Er wählte die Bezeichnung Schizophrenie, weil die wesentliche Störung in einer Aufspaltung des „Geistes“ (schizo = ich spalte, phren = Geist), einer Spaltung des Bewusstseins und der Gesamtpersönlichkeit, einer mangelhaften Einheit des Denkens, Fühlens und Wollens, einer elementaren Schwäche der Integration der Triebe und Gefühle wie des Denkens zu liegen schien. Vorsichtig und nichts vorwegnehmend sprach er nicht von einer Krankheit sondern von der „Gruppe der Schizophrenien“. Bleuler wählte den Begriff „Schizophrenie“ deshalb, weil bei nur etwa einem Drittel der als „dementia praecox“ diagnostizierten Patienten der Krankheitsverlauf zu einem charakteristischen Defektzustand mit erheblichem Intelligenzabbau führte, bei der Mehrzahl der Kranken jedoch blieben die intellektuellen Fähigkeiten vollständig erhalten.

Für Bleuler liegt der Wesensgehalt der Störung in einem „primären Symptom“, und zwar in einer Lockerung und Nivellierung der assoziativen Zusammenhänge in einem Gedankengang. Einige abnorme Qualitäten des Gedankenganges, die bei der Diagnostik eine wichtige Rolle spielen wie Verschiebung, Verdichtung, das Benutzen von Begriffsbruchstücken oder Symbolisierungen sind demnach sekundär aus der primären Lockerung der assoziativen Bindungen im Gedankengang entstanden.

Die primären Symptome können oft nicht direkt beobachtet werden, beobachtbar sind hingegen die sekundären Symptome, die entweder eine direkte Folge der primären Symptome sind oder als inadäquate Versuche der Reintegration von einer Störung in die Gesamtpersönlichkeit anzusehen sind.

Die sekundären Symptome unterteilt Bleuler in Grundsymptome und akzessorische Symptome (ausführlicher siehe 2.1.8 Symptome u.).

Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Krankheitsbild „Schizophrenie“ in den folgenden Jahrzehnten bis heute ist ohne den Einfluss von Kraepelin und Bleuler undenkbar. Die Diagnostik der Schizophrenie nach der ICD geht aber wesentlich auf Kurt Schneider zurück (ausführlicher siehe Kurt Schneider u.). Die Literatur zum Thema „Schizophrenie“ seit der Jahrhundertwende läßt sich für einen einzelnen nicht mehr überblicken. Das Rätsel aber, welches uns die Sphinx mit der „Schizophrenie“ aufgegeben hat, ist nach wie vor ungelöst. Ein Grund hierfür ist, dass noch nicht einmal Einigkeit in der wissenschaftlichen Fachwelt besteht. Trotzdem lassen sich doch hinsichtlich der Verteilung der Krank-

heit, des Krankheitsverlaufs und der Nosologie Kenntnisse aus der Literatur ableiten, die zwischenzeitlich kaum noch strittig sind.

2.1.6 Epidemiologie

Der Jahresindex beträgt 0,03 – 0,06% der Bevölkerung, die Punktprävalenz 0,3 – 0,5%, das Lebenszeitrisko liegt bei 1 (- 2)% der Bevölkerung. Häufigstes Auftreten zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr. Der Häufigkeitsgipfel bei Männern ist das 15. – 24. Lebensjahr, bei Frauen das 25. – 34. Lebensjahr (Auftreten im Kindesalter bei ca. 2% der Fälle, Auftreten nach dem 40. Lebensjahr bei ca. 20% der Fälle als sog. „Spätschizophrenie“). Frauen erkranken etwas häufiger und durchschnittlich später als Männer (Östrogene als protektiver Faktor diskutiert). Die Häufigkeit schizophrener Psychosen in den Familien von schizophren Erkrankten sieht wie folgt aus: Eltern 5 – 10%, Geschwister 8 – 15%, Kinder 10 – 15% (bei schizophrenem Partner 50%), Enkel 2 – 5% (bei Verwandten 1. Grades ca. 10% Belastung, dagegen Allgemeinbevölkerung: ca. 1%!). Transkulturell besteht eine vergleichbare Häufigkeit in allen Teilen der Welt.

2.1.7 Ätiologie

Es wirken mehrere ursächliche Faktoren zusammen (Polyätiologischer Ansatz). Man muss zwischen Verursachung und Anlass bzw. Auslösung der Erkrankung unterscheiden. Eine erhöhte Vulnerabilität für die Erkrankung besteht u. U. auch durch unspezifische z.B. entwicklungspsychologische/familiendynamische Faktoren.

a) biologische Faktoren

- *erbliche Komponente*: genetische Disposition, Polygenie und schwache Penetranz
- *morphologische Befunde*: durch CCT/MRT sind Abnormitäten im Gehirn feststellbar
- *sensomotorische Befunde*: häufig Störungen der Feinmotorik
- *biochemische Befunde*: komplexe Dysbalance mehrerer Transmittersysteme

b) psychogene Faktoren

- *Ich-Entwicklungsdefizit*: Ich-Schwäche, Trennungs- und Individualisationsprobleme in den ersten Lebensjahren, Persistieren der Mutter-Kind-Symbiose
- *Gestörte familiäre Kommunikation*: Entwertung und häufige Kritik, untergründige Feindseligkeit, Kombination mit entmündigender Überprotektion, Diskordanz zwischen geäußerter Mitteilung und gegenseitiger verdeckter Botschaft. Rollendiffusion.

c) sonstige Faktoren

- *jahreszeitliche Schwankungen*: auf der Nordhalbkugel mehr Kranke in den Wintermonaten, auf der Südhalbkugel mehr in den Sommermonaten
- *Einfluss der Sozialschicht*: eher gering, jedoch möglicher Einfluss von Mangelernährung

2.1.8 Symptome

Einteilung nach Eugen Bleuler (1911):

Die Grundsymptome der Schizophrenie sind grundlegend und charakteristisch für Erleben und Verlauf der Erkrankung, im Vergleich zu akzessorischen Symptomen, die passager und komplizierend auftreten. Die Beschreibung der Grundsymptome dient der Charakterisierung des wesentlich psychologisch Veränderten beim schizophren Erkrankten.

Grundsymptome

- *Formale Denkstörungen*: Störungen der Assoziationen, Zerfahrenheit, Begriffszerfall, Kontamination, Begriffsverschiebung, Sperrung des Denkens oder Gedankenabreißen
- *Störungen der Affektivität*: inadäquate Affektivität, Ambivalenz, Instabilität der Stimmungslage, mangelnder Kontakt, affektive Steifigkeit, Verlust der emotionalen

Schwingungsfähigkeit, Ratlosigkeit, erlebte Gefühlsverarmung, depressive Verstimmungen, aber auch ekstatische Stimmung mit Glücksgefühl und Entrücktheit.

- Ich-Störungen: Desintegration von Denken, Fühlen, Wollen, Handeln. Autismus, Entfremdungserlebnisse, Verlust der Meinhaftigkeit, häufig verbunden mit dem Erleben des von außen Gemachten und der Beeinflussung von Fühlen, Wollen und Denken.

MERKE: Die 4 großen A's: Assoziation, Affekte, Ambivalenz, Autismus.

Akzessorische Symptome

- *Wahn*: Verfolgung, Beeinträchtigung, Kontrolle, Vergiftung, auch Berufung und Größe
- *Halluzinationen*: Stimmen
- *Katatone Symptome*: Störungen der Motorik und des Antriebs: Stupor, Mutismus, Katalepsie, psychomotorische Unruhe und katatone Erregungszustände, Haltungs- und Bewegungstereotypen, Negativismus und Befehlsautonomie

Nach Kurt Schneider (1967) liegt bei Vorhandensein von Symptomen 1. Ranges und nach Ausschluss einer körperlichen Grundkrankheit eine Schizophrenie vor. Ein gehäuftes Auftreten von Symptomen 2. Ranges erlaubt ebenfalls diese Diagnose (siehe Abbildung 1). Symptome 1. Ranges sind insbesondere für die Diagnosestellung bedeutsam, jedoch nicht obligat.

Bei akuten schizophrenen Psychosen treten u. U. vegetative Symptome wie vermehrte Schweißsekretion, Veränderung der Pulsfrequenz und Störungen der Schlaf-Wach-Regulation, besonders im Sinne des raschen Wechsels von Über- zu Unterfunktion und umgekehrt auf.

Abnorme Erlebnisweisen	Symptome 1. Ranges	Symptome 2. Ranges
Akustische Halluzinationen	Dialogische Stimmen, kommentierende Stimmen (imperative Stimmen), Gedankenlautwerden	Sonstige akustische Halluzinationen
Leibhalluzinationen	Leibliche Beeinflussungserlebnisse	Koenästhesien im engeren Sinne
Halluzinationen auf anderen Sinnesgebieten	-	Optische, olfaktorische, gustatorische Halluzinationen
Schizophrene Ich-Störungen	Gedankeneingebung, Gedankenentzug, Gedanken- ausbreitung, Willensbeeinflussung	-
Wahn	Wahnwahrnehmung	Einfache Eigenbeziehung, Wahneinfall

Abbildung 1: Symptome 1. und 2. Ranges n. K. Schneider (aus Arolt, Dilling & Reimer, 2003)

Das Ausdrucksverhalten kann insbesondere bei akuten Psychosen erheblich variieren. Es kann durch heftige psychomotorische Erregung mit ausgeprägter Symptatikotonie, Schlafstörungen und Beeinträchtigung der Schlaf-Wach-Regulation gekennzeichnet sein. Andere Patienten sind still, ausdrucksarm und unnahbar. Ein ausgesprochen verschroben wirkendes Verhalten mit egozentrisch gespreizter Darstellungsform kommt ebenfalls vor.

2.1.9 Diagnostik

Nach Ausschluss von körperlich begründbaren psychischen Störungen wird die Diagnose aufgrund der Symptome und des Verlaufs gestellt. Bisher gibt es keine eindeutigen biologischen Marker und keine spezifischen psychologischen Tests.

In Weiterführung der Diagnostik nach Schneider fordert die ICD10 für die Diagnose Schizophrenie (F20) von der folgenden Liste mindestens ein eindeutiges Symptom der Symptomgruppen 1 – 4 oder mindestens zwei Symptome der Symptomgruppen 5 – 8. Diese Symptome müssen mindestens einen Monat bestanden haben.

- 1) Gedankenlautwerden, -eingebung, -entzug, -ausbreitung
- 2) Kontroll- und Beeinflussungswahn; Gefühl des Gemachten; Wahnwahrnehmungen
- 3) Dialogische oder kommentierende Stimmen; Stimmen aus einem Körperteil
- 4) Bizarrer, völlig „unrealistischer Wahn“ (Divide: Wahn der möglich sein „könnte“ wie Verfolgung, Verarmung etc. von „Unmöglichem“ wie nächtliche Implantationen eines Senders in die Hoden)
- 5) Sonstige anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität begleitet von Wahn oder überwertigen Ideen
- 6) Gedankenabreißen, Zerfahrenheit, Danebenreden, Neologismen
- 7) Katatone Symptome
- 8) „Negative“ Symptome wie Apathie, Sprachverarmung, verflachte oder inadäquate Affekte gefolgt von sozialem Rückzug.

2.1.10 Unterformen schizophrener Psychosen

Im *ICD10* werden nachstehende Unterformen genannt:

- F20.0 paranoide Schizophrenie
- F20.1 hebephrene Schizophrenie
- F20.2 katatone Schizophrenie
- F20.3 undifferenzierte Schizophrenie
- F20.4 postschizophrene Depression
- F20.5 schizophreses Residuum
- F20.6 Schizophrenia simplex
- F20.8 sonstige Schizophrenieformen
- F20.9 nicht näher bezeichnete Schizophrenie

Subtypen im *DSM-IV*:

- 295.30 Paranoider Typus
- 295.10 Desorganisierter Typus
- 295.20 Katatoner Typus
- 295.90 Undifferenzierter Typus
- 295.60 Residualer Typus

Gerade unter dem Psychopharmaka-Aspekt haben gegenwärtig wieder faktorenanalytische Untersuchungen der im akuten Querschnitt wie im Verlauf auftretenden Symptome zu drei distinkten Symptomgruppen geführt:

- *Positivsymptomatik*: produktive Symptomatik mit Wahn und Halluzinationen
- *Negativsymptomatik*: affektiver Rückzug, Ausdrucksverarmung, Antriebsarmut
- *Desorganisierte Symptomgruppe*: formale Denkstörungen, Inkongruenz von Denken und Handeln

Hinweise auf ein viertes, *affektives Syndrom* (mit depressiver oder maniformer Symptomatik) liegen vor.

2.1.11 Verlauf

Der Beginn einer schizophrenen Psychose kann akut oder schleichend erfolgen. Bei schleichendem Beginn treten im Vorfeld der manifesten Psychose bestimmte Prodromi (Vorzeichen) auf wie Wahnstimmung, Gefühl des Nichtfassbaren, Unheimlichen, Vermutung diffuser Veränderungen der Außenwelt, Schlafstörungen. In uncharakteristischen präpsychothischen Basisstadien finden sich Konzentrationsstörungen, vages Denken, Antriebsminderung, Verstimmungen und Leistungsinsuffizienz.

Der Verlauf findet kontinuierlich oder episodisch (schub- oder wellenförmig) statt.

Kraepelins klassische Beschreibung eines stets sehr ungünstigen chronischen Verlaufs (dementia praecox) beschränkt sich nach aktueller Auffassung auf einen geringen Teil der schizophren Erkrankten.

Ausgang: Es besteht die Möglichkeit einer vollständigen Remission nach einmaliger Erkrankung, episodisch vollständig remittierend, aber auch stabiler oder sogar zunehmender defizienter Restzustand (Residuum).

Residualzustände weisen eine hohe Variabilität auf: Neben uncharakteristischen, überwiegend durch Leistungsinsuffizienz und geminderte Belastbarkeit charakterisierten Residualzuständen kommen Residualzustände mit deutlicher Negativsymptomatik vor (Minderung von Interesse, Initiative und affektiver Resonanz). Schizophreniecharakteristisch können einzelne psychotische Erlebnisweisen in milder Form vorkommen, oft auch im Laufe der Zeit sogenannte Strukturverformungen mit zunehmendem sozialen Rückzug und realitätsfernen, idiookratischen Erlebnis- und Denkweisen.

Langzeitstudien ergaben eine Tendenz zur Drittelregel:

1/3 folgenlose Abheilung

1/3 mit Rückfällen und leichtem Residuum

1/3 mit beträchtlichen bis schweren Dauerdefekten

Im Alter besteht eine Tendenz zur Abschwächung und Milderung der Erkrankung.

2.1.12 Prognose

Eine günstige Prognose besteht bei akutem Einsetzen der Psychose, bei stärkerer Beteiligung affektiver Anteile, bei Nachweis von auslösenden Lebensereignissen bzw. Stress, bei vorheriger guter sozialer Integration, abgeschlossener Ausbildung und Vorhandensein eines Arbeitsplatzes; bei frühzeitig einsetzender adäquater Therapie.

Ungünstige Prognosen entwickeln sich bei langsam schleichendem Beginn, fehlendem Nachweis eines auslösenden Ereignisses und mangelnder sozialer Integration. Unter- und Überstimulation im sozialen Bereich sind schädlich für den remittierten Patienten. Ebenfalls ungünstig sind hohe EE-Werte (expressed emotions) in der Familie des Patienten. Denn zu große Nähe und Intimität, aber auch zu starke kontroverse Emotionen begünstigen die Rezidive.

Die Suizidrate im gesamten Verlauf beträgt 5%.

2.1.13 Was ich als Psychologische Beraterin beachten muss

Als Psychologische Beraterin darf ich bei Psychosen „nur“ beratend tätig werden. Informationen zur Anamnese, bisherigen Behandlung und Medikation erhalte ich zwar vom zuständigen behandelnden Arzt, dessen Zustimmung zur Therapie ich selbstverständlich eingeholt habe, führe aber daneben auch ein eigenes Interview durch.

2.1.14 Abgrenzung und Differentialdiagnose

Es ist wichtig, eine Schizophrenie rechtzeitig zu erkennen und zu behandeln. Eine übereilte diagnostische Etikettierung führt jedoch häufig zu therapeutischer Resignation und zur

Erschwerung der Rehabilitation (sog. labeling effect). Die Diagnose wird vom Unerfahrenen eher zu häufig gestellt.

Diagnostische Schwierigkeiten treten ein, wenn sich der Krankheitsprozess schleichend mit Prodromalerscheinungen entwickelt. Endgültige Klärung bringt oft erst der weitere Verlauf. Symptome ersten Ranges (sensu Schneider) z.B. sind beweisend für eine Schizophrenie, wenn kein Anhalt für eine somatische Verursachung gegeben ist. Wichtig ist auch der Gesamteindruck des Fremdartigen, der Ferne und der Unzulänglichkeit, der durch die Ich-Störungen und Desintegration des Erlebens und Verhaltens des Schizophrenen entsteht. Der Untersucher vermisst oft die Beziehung zum Patienten, die er bei Gesunden und auch bei anders psychisch Erkrankten anzutreffen pflegt. In einer schwer beschreibbaren Weise sind viele Schizophrene vom Untersucher wie durch eine „gläserne Wand“ getrennt. Abgrenzung und Differentialdiagnose sind nach vier Richtungen (siehe Abbildung 2) vorzunehmen:

1. *Gegenüber psychischer Gesundheit.* Schizophrene Störungen sind nicht durch eine scharfe Grenze vom gesunden Seelenleben getrennt, sondern es besteht ein Kontinuum ohne Einschnitt.

2. *Gegenüber neurotischen und Persönlichkeitsstörungen.* Es gibt sog. Randpsychosen oder Grenzpsychosen.

3. *Gegenüber affektiven Psychosen.* Meist anhand der Symptomatik und des Verlaufs abzugrenzen. Übergangsbereich: schizoaffektive Psychose.

4. *Gegenüber organischer Psychose (Delir).* Es muss immer eine Hirnkrankheit bzw. andere körperliche Krankheit ausgeschlossen werden. (vgl. Tölle, 1999, S.210f.).

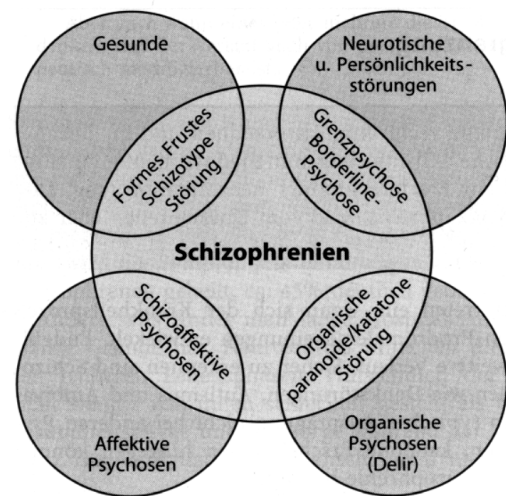


Abbildung 2: Abgrenzung der Schizophrenien (aus Tölle, 1999)

2.1.15 Therapiemöglichkeiten

- Somatotherapie
- Elektrokrampftherapie
- Psychotherapie:
 - Stützende, psychotherapeutische Gespräche
 - Psychoedukation
 - Verhaltenstherapie
 - Kognitives Training
 - Psychodynamische Therapie
 - Musiktherapie
 - Ergotherapie
 - Familientherapie
 - Angehörigenarbeit
 - Bewährtes Vorgehen (Kombination von Psychoedukation und Angehörigenarbeit in Verbindung mit kognitivem Training und med. Rückfallprophylaxe)
- Sozialtherapie

3. Fallbearbeitung mit bevorzugter Therapieform

Der erste stationäre Aufenthalt von Herrn A. an der Klinik fand bereits vor 24 Jahren statt. Herr A. wird diesmal zu mir gebracht, da er sich vehement weigert wieder in die Klinik zu gehen. Er sei nur zu gelegentlichen Gesprächen mit einem Sozialarbeiter bereit. Der behandelnde Arzt kann ihn zu einem Beratungsgespräch mit mir bewegen.

Vor dem Erstgespräch mit dem Klienten informiere ich mich beim behandelnden Arzt über das Krankheitsbild, die bisherige Medikation, die Lebens- und Familiengeschichte und eventuell bereits durchgeführte Therapiemaßnahmen.

Zum *Krankheitsbild*: Die von Herrn A. gezeigten Symptome erfüllen folgende Kriterien nach ICD 10 (Internationale Klassifikation psychischer Störungen) für die Diagnose ‚hebephrene Schizophrenie‘:

- Gedankeneingebung
- Kontroll- und Beeinflussungswahn
- Akustische Halluzinationen (imperative Stimmen)
- Wahngedanken (Größenwahn, Vergiftungsangst)

Spezifische Merkmale der Hebephrenie:

Inadäquatheit und Unangebrachtheit des Affekts; Denkstörungen, die sich als zerfahrene Sprache äußern; Krankheitsbeginn in der Adoleszenz. Außerdem mangelnde Körperpflege und Bewegungsstereotypen..

Um auch organische bzw. neurologische Ursachen ausschließen zu können, soll durch die Klinik eine Untersuchung durchgeführt werden. Da Herr A. jedoch den dringend notwendigen Klinikaufenthalt nicht einsieht und ablehnt, gilt auch als therapeutisches Ziel, den Patienten von dieser Behandlung zu überzeugen. Herr A. kann auch gegen seinen Willen durch Gerichtsbeschluss (§63 StGB Einweisungsgesetz) eingewiesen werden. Davon sollte aber so wenig wie möglich Gebrauch gemacht werden, um den Betroffenen nicht zu kränken und die Therapie zu erschweren.

Medikation: Bei Herrn A. erscheint diesmal eine neuroleptische Langzeittherapie begründet. Da es bei Herrn A. an der Compliance („Willfährigkeit“) mangelt, wird später im Beratungsgespräch besonders hierauf eingegangen werden. Um die Dauermedikation zu erleichtern, schlage ich die Gabe eines Depot-Neuroleptikum vor.

Herr A. wurde bisher ausschließlich mit *Somatotherapie* behandelt.

Herr A. lebt bei seiner alten *Mutter*. Sie kümmert sich rührend um ihn, es wird ihr dann aber auch oft zu viel und sie fürchtet, die Kontrolle über „den Buben“ zu verlieren.

Bei der Therapie sind folgende Fehler unbedingt zu vermeiden:

- Es wird zu wenig für den Patienten (und seine Angehörigen) getan.
- Es wird zuviel getan, der Patient wird überfordert.
- Es wird versäumt, den teilremittierten Schizophrenen soweit wie möglich am gesunden Leben teilnehmen zu lassen.
- Durch „unerfahrene Therapeuten“ nehmen viele Schizophrene Schaden.
- Der Patient wird zum Objekt der Anwendung einer einzelnen Methode, während er einer umfassenderen Behandlung bedarf.
- Es wird mehr die Krankheit als der Patient behandelt.

Bei Herrn A. habe ich mich für die **kognitive Verhaltenstherapie** entschieden. Das bedeutet für ihn das Training sozialer Fertigkeiten, kognitiver Funktionen, kognitiv verhaltenstherapeutischer Ansätze bei Positivsymptomen sowie psychoedukative, verhaltenstherapeutische Verfahren für Patient und Angehörige. Eingeschlossen werden Beschäftigungstherapie mit Sozialtherapie.

Es empfiehlt sich bei Herrn A.

- ein initial Ich-stabilisierendes Gespräch,
- die medikamentöse Therapie
- mit engmaschigen Kontakten, anfangs täglich, dann seltener mit sozialer Wiedereingliederung.

Für die Zeit der Beratung von Herrn A. nutze ich auf einer ruhigen Station der Klinik ein Zimmer, das für die Patienten und Mitarbeiter eingerichtet wurde. Es steht nach Bedarf zur Verfügung und ist durch seine Einrichtung (keine steriles Krankenzimmer, kaum Möbel, keine Kanten, viele Kissen, gemütlich, keine Deckenbeleuchtung, gedämpfte Akustik) zudem ein Ort des Vertrauens und des Rückzugs. Das Zimmer kann während des Klinikaufenthaltes sogar von Herrn A. persönlich genutzt werden (z.B. zum Lesen, Musik hören, alleine sein) und seine bloße Existenz kann Einstellung und Verhalten auch im Therapiegespräch beeinflussen (etwa wie das „Weiche Zimmer“ des sog. Soteria-Projekts).

Als Therapeutin muss ich dem Klienten eine längerfristige verlässliche Beziehung anbieten können, mit

- geduldiger Akzeptanz des Entwicklungstempos des Patienten anstelle meiner eigenen Therapeuten-Vorstellungen,
- einfühlsamer *Zuwendung* und Anteilnahme
- bei gleichzeitiger respektvoller Distanz und Neutralität gegenüber der unabhängigen Person des Herrn A.,
- also sowohl *Sicherheit* einer langfristigen therapeutischen Beziehung und gleichzeitiger *Autonomie*
- sowie passagere Übernahme von Hilfs-Ich-Funktionen insbesondere bei der *Realitätsprüfung*.

Herr A. muss nicht meine Erwartungen und Normen übernehmen, er darf sich aber bei der Realitätsprüfung helfen lassen.

Das Erstgespräch:

Herr A. erscheint bei mir ohne eigene Motivation nur auf Druck der Klinik. Er wirkt abweisend und wiederholt bei mir, dass er nur mit einem Sozialarbeiter sprechen wird. Nachdem ich erklärt habe, dass ich keine Ärztin bin, wirkt er etwas zugänglicher und betont, dass er nicht verrückt sei, deshalb keine Medikamente mehr brauche und nicht in der Klinik behandelt werden möchte. Auf die Frage, was ihn gerade eben beschäftigt, berichtet er mir von Stimmen, die er höre. Höhere Wesen sagten ihm auch gerade eben, was er tun solle. Und dass seine Mutter ihn „mit Scheiße füttert“ mache ihm Angst. Ich spreche ihn auf seine früheren Klinikaufenthalte an und erkläre ihm, dass er Symptome zeigt, die nach meiner Kenntnis auf eine Erkrankung des zentralen Nervensystems hinweisen und mit einer Störung des Hirnstoffwechsels, der vor allem den Botenstoff ‚Dopamin‘ im Übermaß ausschüttet, zu tun haben. Die Erkrankung ist behandelbar und kann sich weitgehend bessern. Allerdings muss bei ihm jetzt eine medikamentöse Behandlung im Vordergrund stehen. Diese kann auch ambulant durchgeführt werden, wenn er bereit dazu ist, in der nächsten Zeit mit mir therapeutisch zusammen zu arbeiten. Ich schlage ihm vor, dass wir bei unseren Treffen auch dahingehend handeln werden, die Medikation zu vereinfachen und zu verringern. Er reagiert verblüfft, denn dass „nur“ der Stoffwechsel seines Gehirns krank sei, habe ihm noch nie jemand gesagt. Er wirkt erleichtert und ist darüber erfreut, dass er ja doch nicht „ganz“ krank und verrückt sei.

Anschließend biete ich ihm meine Hilfe an, mache ihm Hoffnung auf einen Ausweg und frage gezielt, ob er zu einer Beratung, die jedoch seine Mitarbeit erfordere, bereit wäre. Er ist sich zwar nicht so recht sicher, aber letztlich stimmt er zu. Nun bitte ich ihn, mir noch mal genau seine Wahrnehmungen, Eindrücke und problematischen Situationen zu schildern. Ich nehme Herrn A. ernst, fühle mich in seine Not ein und akzeptiere seine Ausführungen. Er erlebt diese ja tatsächlich. Gleichzeitig signalisiere ich, dass ich von den Beschreibungen seiner Erlebnisse nicht geängstigt bin und beginne ein Gespräch, in das ich folgende Fragen einfließen lasse:

- Was sagen Ihnen die Stimmen?

- Wer sind die höheren Wesen und woran merken Sie, dass diese mit Ihnen in Verbindung stehen?
- Warum essen Sie Drähte und messen die Beleuchtung?
- Haben Sie den Eindruck, dass Strom durch Sie geleitet wird?
- Wieso füttert Sie ihre Mutter mit Scheiße?
- Haben Sie das Gefühl, dass mit Ihnen oder der Umgebung etwas verändert ist?
- Wie ist das Verhältnis zu Ihrer Mutter?
- Haben Sie Freunde, Bekannte?

Wir legen den Therapieverlauf fest. Da Herr A. die Stimmen die er hört mitunter auch bedrohlich empfindet und nun ja gehört hat, dass das mit einer Stoffwechselstörung in seinem Gehirn zu tun haben könnte, ist er schließlich mit einer Akutmedikation und anschließender Depot-Neuroleptikabehandlung durch den Arzt einverstanden. Gleichzeitig begleite ich Herrn A. durch kognitive Verhaltenstherapie in Form Ich-stützender-Gespräche zur Förderung der Realitätsprüfung als wichtigste Ich-Funktion und Vorbereitung zur besseren Bewältigung zukünftiger psychosozialer Stressoren und Krisen mit dem Ziel persönlichkeitspezifischer Eigenständigkeit mit befriedigenden Lebens-, Arbeits- und Beziehungsmöglichkeiten. Die Behandlung soll Therapie, Rehabilitation und Prävention in einem bedeuten. Es werden verbindlich weitere Termine vereinbart.

Das 2. Gespräch:

Ich bringe Herrn A. meine Anerkennung zum Ausdruck, dass er zu unserem zweiten Treffen erschienen ist. Er wirkt etwas müde und reserviert. Die Akutmedikation zeigt bereits neuroleptische Hauptwirkungen wie Sedierung, Anxiolyse, Senkung von Erregung und affektiver Spannung, Distanzierung von Wahn und Sinnestäuschungen, Besserung schizophrener Denkstörungen. Inwieweit persistierende psychotische Symptome bleiben werden, muss noch abgewartet werden. Er berichtet mir, dass er die Stimmen immer noch höre, zweifelt aber zeitweise an deren Realität. Seine Mutter füttert ihn nicht mehr mit Scheiße, deshalb braucht er sich auch nicht mehr von Drähten zu ernähren.

Die Durchführung einer Anamnese mit Herrn A. ist nur bedingt möglich. Gleichwohl gehen aus diesem wie auch aus dem Erstgespräch nachstehende Problemstellungen hervor:

- Herr A. hatte durch den frühen Krankheitsbeginn nie gearbeitet.
- Er ist dadurch auf seine Mutter angewiesen.
- Sie ist seine einzige Bezugsperson, er hat keine sozialen Kontakte.
- Er ist ihr mitunter „ausgeliefert“, kommt aber allein nicht zurecht.
- Sie kümmert sich sehr um ihn, oft fühlt er aber sich „überbemuttert“, von ihr überfordert.
- Er hat keine Hobbys und langweilt sich deswegen oft.
- Seine Verwandten zeigen kein Verständnis für seine Krankheit.
- Medikamenteneinnahme bedeutet für ihn „Krankheitseinsicht“.
- Er verfügt über keine Bewältigungsstrategien bei Belastungen und akuten Problemsituationen oder Konflikten.

Das Hauptaugenmerk meiner Beratung wird sich auf die entstandene Negativsymptomatik (Leistungsinsuffizienz, Initiativverlust, sozialer Rückzug), die auch zu den Residualsymptomen zählt, richten. Die Positivsymptome werden maßgeblich durch die Neuroleptikabehandlung abgeschwächt. Herr A. soll durch „lebenspraktisches Training“ an die Alltagsbewältigung herangeführt werden. Er selbst kann sich zunächst noch nicht zu einer Problemhierarchie äußern. Genauso wenig ist er in der Lage zu konkretisieren, was er ändern möchte. Sein Redefluss ist gegenüber dem Erstgespräch etwas klarer geworden. Aber er hat noch Schwierigkeiten, sich auf das Gespräch zu konzentrieren. Um eine Überforderung

zu vermeiden, beende ich die Sitzung nach ca. 20 Minuten und fasse das Besprochene kurz zusammen.

Das 3. Gespräch:

Ich wiederhole kurz den Inhalt der vergangenen Sitzung, damit Herr A. „den roten Faden“ behält und seine bisherigen Erfahrungen einordnen kann. Da ich das Gefühl habe, bereits eine gewisse Vertrauensbildung erreicht zu haben, sprechen wir diesmal über „Nahziele“, die sich Herr A. von seiner Therapie erwartet. Wir beschränken uns vorerst darauf, bei Herrn A. eine Selbst-Stabilisierung mit dem Ziel neuer Lebensperspektiven zu bewirken. Im Gespräch zeigt sich, dass sein größter Wunsch eine Beschäftigung, am liebsten eine richtige Arbeit ist. Die effektive Bewältigung (Coping) der Erkrankung und die beste Nutzung aller Lebensmöglichkeiten ist sogar das Ziel der kognitiven Verhaltenstherapie. Auch hole ich mir von ihm das Einverständnis ein, mit seiner Mutter ein Einzelgespräch zu führen.

Fragen von Herrn A. bezüglich Nebenwirkungen der Somatotherapie bespreche ich mit ihm jeweils aktuell in den laufenden Sitzungen. Er fürchtet die unerwünschten Risiken, die durch die Neuroleptika entstehen können. Dazu gehören extrapyramidal-motorische Wirkungen wie

- Akathisien (quälende Sitzunruhe, innere Spannung, Zwang zur Beinbewegung usw.),
- Parkinsonismus (Hypomimie bis Amimie, Hypokinese bis Akinese, Rigor),
- Frühdyskinesien (Blickkrämpfe mit bevorzugtem Blick nach oben, Zungenschlundkrämpfe mit Verspannungen der Unterkiefermuskulatur, Schiefhals mit Drehung des Kopfes) und
- Spätdyskinesien (hyperkinetische Dauersymptome, wie Rabbit-Syndrom, Zungenwälzbewegungen, z.B. das sog. „Bonbonzeichen“).

Außerdem kann es durch eine Verminderung der Adrenalinausschüttung zu einer Beeinflussung des autonomen Nervensystems kommen, dies kann zu Herzrhythmusstörungen und zu Blutdruckabfall führen.

Der weitere Therapieverlauf:

Herr A. kann sich in den Sitzungen jetzt 45 Minuten halbwegs gut konzentrieren. Er nimmt am „Lebenspraktischen Training“ teil. Dieses zielt auf einen Abbau der sozialen Behinderung. Hierbei wird der Patient durch praktische Übungen auch in Gruppen wieder an die Alltagsbewältigung herangeführt, etwa durch gemeinsames Theaterspiel, Zeichnen, Kochen, Einkaufen, Basteln, Musik hören. Auch am Berner „Integrierten Psychologischen Therapieprogramm (IPT)“ nimmt er Herr A. teil. Dieses Instrument ist seit Jahren erprobt und verbindet zwei Vorzüge: Differenzierte Therapieschritte bauen langsam auf kognitiver Differenzierung und sozialer Wahrnehmung auf und leiten dann erst über zu komplexeren Trainingsschritten. Der Gefahr einer Überforderung durch zu plötzliche Kommunikationsanforderungen wird damit und durch anfänglich stärkere Strukturierung und erst später wenig direkte Gruppeninteraktion begegnet. Zu den Programmstufen zählen:

- 1) Kognitive Differenzierung durch:
 - Karten-Sortier-Übungen.
 - Verbale Assoziationen zu vorgegebenen Begriffen.
 - Suchstrategien: Herr A. und ich wählen einen Gegenstand im Raum aus, den andere Patienten mit gezielten Fragen herausfinden sollen.
- 2) Soziale Wahrnehmung:
 - Beschreibung von Details auf Dias, auf denen Personen in Interaktion dargestellt sind. Anschließend Interpretation, Diskussion und Titelfindung.

- 3) Verbale Kommunikation:
 - Wiedergabe vorgegebener oder selbst formulierter Sätze, Fragen zu Informationen oder über Themen (z.B. Zeitungsartikel) untereinander, freie Kommunikation.
- 4) Soziale Fertigkeiten:
 - Herr A. soll soziale Fertigkeiten (z.B. Auskunft einholen, Kritik üben, sich behaupten, Kontakt aufnehmen usw.) entwickeln bzw. verbessern, mit Rückmeldungen und Verbesserungsvorschlägen in der Gruppe. Das kann auch so geschehen, dass ein Gruppenteilnehmer zum Beobachter wird und anschließend seine Beobachtungen beschreibt, die dann von anderen Gruppenteilnehmern kommentiert werden.
- 5) Interpersonelles Problemlösen
 - Identifikation von Problemen, rationale Einstellung zu Problemen und effizienter Problemlösung, Abwägung konstruktiver Lösungsmöglichkeiten, Umsetzung im Rollenspiel in der Gruppe und später vorgegebene Übung im Alltag zur Rückmeldung in der nächsten Gruppensitzung.

Besondere Initiative entwickelt er bei gemeinsamen Handwerkertätigkeiten. Er erweist sich als äußerst geschickt. Da er sich auch neuerdings mit Lesen beschäftigt, das ihn entspannt und beruhigt, mache ich ihm den Vorschlag zu einem Besuch beim Buchvertrieb der Werkstätten für Behinderte. Obwohl er zuerst empört darüber ist, dass ich ihn ja wohl unerhörterweise als Behinderten bezeichne, siegt doch seine Neugier. Bei einer gemeinsamen Besichtigung zeigt er sich zuerst begeistert, zweifelt dann aber an seiner Eignung. Ich gebe ihm Zeit darüber nachzudenken. In einer der nächsten Sitzungen mache ich ihm den Vorschlag, den anderen Mitarbeitern unverbindlich bei deren Arbeit zuzusehen oder zu helfen. Er wagt diesen Schritt und fühlt sich freundlich aufgenommen. Besondere Freude bereitet ihm das Verpacken der Bücher. Durch meinen guten Kontakt zum WfB kann ich ihm einen Arbeitsplatz im Versand vermitteln.

Die Depot-Neuroleptika haben gut zur Verbesserung der Symptome beigetragen. Herr A. hat nur noch selten Wahngedanken, hört die Stimmen nun fast überhaupt nicht mehr und kleidet sich ordentlich. Zur Förderung der Realitätsprüfung frage ich wiederholt sach- und situationsbezogen nach und ermuntere ihn, seine Sicht und Befürchtungen zu überprüfen. Seine Mutter ist stolz auf die Therapie und die damit verbundene Beschäftigung. In dem mit ihr geführten Gespräch hatte ich ihr verdeutlicht, dass sowohl zuviel als auch zuwenig Fürsorge zu keinem Erfolg führen würde. Sie zeigte sich einsichtig und versprach auch von ihrer Seite alles Erdenkliche möglich zu machen, um einen günstigen Therapieverlauf zu fördern. Die *Verwandten* wurden über das Krankheitsbild Schizophrenie *aufgeklärt* und um ein verbessertes Verständnis gebeten. Durch seine Arbeit hat Herr A. Kollegen und Freunde gefunden, die ihn mit seiner Krankheit akzeptieren.

4. Schlusswort

Schizophrene Patienten verbringen heute den größten Teil ihres Lebens außerhalb von psychiatrischen Anstalten. Damit sind die sozialen Beziehungen und die Qualität dieser Beziehungen wichtig geworden. Es hat sich gezeigt, dass die sozialen Beziehungen schizophrener Patienten zum einen therapeutisch genützt werden, zum anderen eine Belastung darstellen können, die zu Rückfällen führt. Die Verhaltenstherapie (einschließlich der Soziotherapie) konzentriert sich auf diese sozialen Beziehungen. Optimale Ergebnisse lassen sich jedoch nur erzielen, wenn sowohl dem Patienten als auch den Angehörigen die Möglichkeit gegeben wird, mitgestaltend tätig zu werden. Meine Intention ist es auch, Lebensqualität und allgemeine Lebenszufriedenheit (nicht nur) schizophrener Patienten zu verbessern.

5. Literaturverzeichnis

- Arolt, V., Dilling, H., Reimer, C. (2003): *Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie*. Berlin u.a.: Springer.
- Bastine, R.H.E. (1998): *Klinische Psychologie Bd. I*. Stuttgart u.a.: Kohlhammer.
- Bastine, R.H.E. (1998): *Klinische Psychologie Bd. II*. Stuttgart u.a.: Kohlhammer.
- Birbaumer, N. & Schmidt, R.F. (1996): *Biologische Psychologie*. Berlin u.a.: Springer.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H., Schulte-Markwort, E. (Hrsg.) (2000): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F); Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis / Weltgesundheitsorganisation*. Bern u.a.: Huber.
- Dörner, K., Plog, U., Teller, C., Wendt, F. (2002): *Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Domma, W. (1990): *Kunsttherapie und Beschäftigungstherapie: Grundlegung und Praxisbeispiele klinischer Therapie bei schizophrenen Psychosen*. Köln: Maternus.
- Dorsch, F. (1994): *Psychologisches Wörterbuch*. Bern: Huber.
- DSM-IV (1994): *Diagnostik and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association. Dt. Bearbeitung durch H. Saß, H.-U. Wittchen, M. Zaudig (1998): *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychiatrischer Störungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Fleischhacker, W., Hinterhuber, H., König, P. (Hrsg.) (1995): *Die Behandlung schizophrener Erkrankungen: Neue Entwicklungen*. Innsbruck: VIP-Verlag Integrative Psychiatrie.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H., Schmelzer, D. (2000): *Selbstmanagement-Therapie: Ein Lehrbuch für die klinische Praxis*. Berlin u.a.: Springer.
- Kisker, K. P., Freyberger, H., Rose, H. K., Wulff, E. (Hrsg.) (1991): *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie*. Stuttgart u.a.: Thieme.
- Kühne, G.-E., Brenner, H. D., Huber, G. (Hrsg.) (1990): *Kognitive Therapie bei Schizophrenie*. Jena: Fischer.
- Lasar, M. & Trenckmann, U. (Hrsg.) (1997): *Psychotherapeutische Strategien der Schizophreniebehandlung*. Lengerich: Pabst.
- Lenz, G. & Küfferle, B. (1998): *Klinische Psychiatrie*. Wien: Facultas Universitätsverlag
- Machleidt, W., Haltenhof, H., Garlipp, P. (Hrsg.) (1999): *Schizophrenie – eine affektive Erkrankung?: Grundlagen Phänomenologie, Psychodynamik und Therapie*. Stuttgart u.a.: Schattauer.

- Moshagen, D.H. (Hrsg.) (1997): *Klientenzentrierte Therapie bei Depression, Schizophrenie und psychosomatischen Störungen*. Heidelberg: Asanger.
- Müller, P. (1999): *Therapie der Schizophrenie: Intergrative Behandlung in Klinik, Praxis und Rehabilitation*. Stuttgart u.a.: Thieme.
- Mundt, C., Linden, M., Barnett, W. (Hrsg.) (1997): *Psychotherapie in der Psychiatrie*. Berlin u.a.: Springer.
- Olbrich, R. (Hrsg.) (1990): *Therapie der Schizophrenie*. Stuttgart u.a.: Kohlhammer.
- Peters, U. H. (1990): *Wörterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychologie*. München u.a.: Urban & Schwarzenberg
- Pinel, J.P.J. (1997): *Biopsychologie. Eine Einführung*. Heidelberg u.a.: Spektrum.
- Pschyrembel, W. (1994): *Pschyrembel Klinisches Wörterbuch*. Berlin u.a.: de Gruyter.
- Reimer, C., Eckert, J., Hautzinger, M., Wilke, E. (1996): *Psychotherapie: Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen*. Berlin u.a.: Springer .
- Reinecker, H. (Hrsg.) (1995): *Fallbuch der Klinischen Psychologie: Modelle psychischer Störungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Reinecker, H. (Hrsg.) (1998): *Lehrbuch der klinischen Psychologie: Modelle psychischer Störungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Roder, V., Zorn, P., Andres, K., Pfammater, M., Brenner, H. D. (2002): *Praxishandbuch zur verhaltenstherapeutischen Behandlung schizophrener Erkrankter*. Bern u.a.: Huber.
- Scharfetter, C. (2002): *Allgemeine Psychopathologie: Eine Einführung*. Stuttgart u.a.: Thieme.
- Schneider, K. (1946, 1992): *Klinische Psychopathologie*. Stuttgart – New York: Thieme.
- Schwarz, F. & Maier, C. (Hrsg.) (2001): *Psychotherapie der Psychosen: Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend*. Stuttgart u.a.: Thieme.
- Süllwold, L. & Herrlich, J. (1998): *Psychologische Behandlung schizophrener Erkrankter*. Stuttgart u.a.: Kohlhammer.
- Städtler, T. (1998): *Lexikon der Psychologie. Wörterbuch. Handbuch. Studienbuch*. Stuttgart: Kröner.
- Stierlin, H., Wynne, L. C., Wirsching, M. (Hrsg.) (1985): *Psychotherapie und Sozialtherapie der Schizophrenie: Ein internationaler Überblick*. Berlin u.a.: Springer.
- Tölle, R. (1999): *Psychiatrie: einschließlich Psychotherapie*. Berlin u.a.: Springer.